

非専門医が「うつ病」を 診断治療するための 5 steps

亀田総合病院 総合内科 片平 雅大
監修 佐田 竜一

分野:精神
テーマ:スクリーニング・治療

症例：68歳女性 主訴：めまい

【現病歴】 朝 洗面所で顔を洗い、首を下にした時に、景色が揺れるようなめまいが出現。めまいは1分間でおさまったが、嘔気は続いたため夫が救急要請して来院。来院20日前にもベッドからの起床時に目の前がクルクルと回るめまいが1分起きた。

【Vital】 BP:127/61、PR:73、RR:20、SpO2:97%(RA)、BT:37.2

【身体所見】 神経所見：有意な所見なし

Dix Hallpike試験：右向きでめまい誘発あるも、本人は嘔気で目をつぶってしまい、眼振は確認できず



「暫定診断：良性発作性頭位変換めまい症」

→Epley法を指導後、betahistine処方にて退院

症例：68歳女性 主訴：めまい

「1週後、自殺にてCPAで救急搬送！」

- ・過去カルテを見ると、ここ1か月に頻回受診し、6人の医師が診察していた。
- ・「心窩部痛・下肢しびれ・頭痛・めまい」などの身体症状でそれぞれの医師を受診し、各主訴に対して暫定診断がついていたり検査予定が組まれたりしていた。
- ・複数の過去カルテを詳細に見ると、「歩く気力もしない」
「女性が自分一人でしっかりしないといけないと思う」
「朝起きるのが辛い」
「食事量減少」
「入院させて欲しい」
「楽しめることがない」などの記載あり。



この患者はうつ病のために不定愁訴を訴えて頻回受診し、
自殺してしまったのでは??

うつ病と自殺

日本で自殺を試みた**35%**の患者がうつ病であった



BMC Psychiatry 2007 Nov 7; 7:64

今回の患者も複数医師の過去カルテを併せると、
うつ病の診断基準を満たしていた！



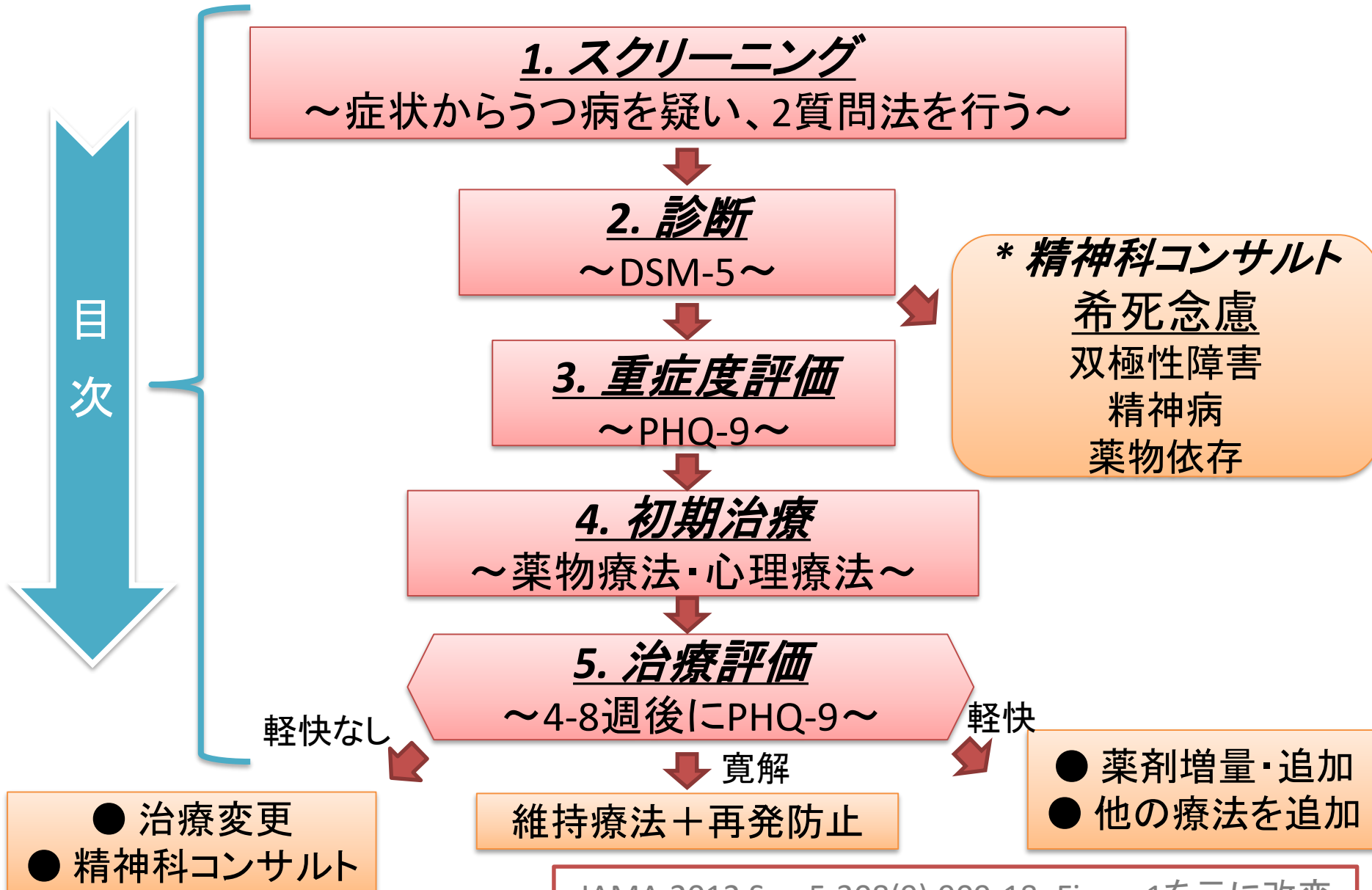
救急外来や一般内科外来で、**不定愁訴を取り扱う
プライマリケア医こそ、うつ病を適切に
スクリーニングし治療介入できたほうがいい！！**

【Clinical Question】

“うつ病のスクリーニングから治療までの
一連の流れはどうなっているか？”

うつ病マネジメントのフローチャート

目次



1. スクリーニング：注意！！ ～うつ病患者は“身体症状”でやってくる！～

うつ病患者の診断が難しいのは、

①精神症状を訴えず

②主訴が「めまい・動悸・頭痛・腹痛・
背部痛・呼吸困難感・下痢・便秘・しびれ」
などの身体症状で来院することが多いから

Prim Care Comparison J Clin Psychiatry 2005;7(4):167-76



うつ病患者のうち、最初に精神症状を訴えず、且つ
身体症状しか訴えなかった患者は

69%にも上った

N Eng J Med 1999

Oct 28;341(18):1329-35

1. スクリーニング：時期

医学的に説明のつかない身体症状



うつ病スクリーニングを行う！！



アメリカ(USPSTF 2016)では

「定期外来を含めた外来に来た全患者に
うつ病スクリーニングをする」
ことが推奨されている

Ex) 外来の問診票にうつスクリーニングを入れておく

1. スクリーニング：方法

2質問法

Two-question case-finding instrument(TQ)

1. 「ここ1か月、気分が落ち込んだり、
憂鬱な気分になりましたか？」
2. 「ここ1か月、何をしても楽しくないと
感じますか？」

1つでも「Yes」なら陽性 感度97%、特異度67%

BMJ 2003 Nov 15;327(7424):1117



陽性なら、次のSTEPへ！

2. 診断：うつ病！と飛びつく前に

外来で確認すること!!

1. 内服歴(特にステロイド・インターフェロン)
2. 飲酒量・違法薬物の使用歴
3. 採血にて甲状腺機能：TSH, FreeT4と VitB12
(尿：妊娠反応・トライエージ)
4. SLE・副腎異常・神経疾患の可能性はないか？

うつ症状を来たす薬剤や疾患

神経	脳卒中・Parkinson病・Huntington病・外傷性脳損傷・多発性硬化症
内分泌	甲状腺機能低下症・Cushing病・副腎不全
その他の疾患	SLE・膵癌・VitB12欠乏
薬剤	ステロイド・ α インターフェロン・ジスルフィラム Bブロッカー・メチルドパ・ドパミン拮抗薬
中毒・離脱	アルコール・カフェイン・オピオイド・タバコ・睡眠薬 違法薬物(アンフェタミン・コカインetc)・抗不安薬

2. 診断：うつ病の9症状

～診断基準や重症度評価で必要。イメージで暗記～

大症状 2個

うつ気分



興味の減退



食欲低下・過食



不眠・過眠



焦燥感
精神運動制止



疲れやす



小症状 7個

集中力低下



自責・無価値感



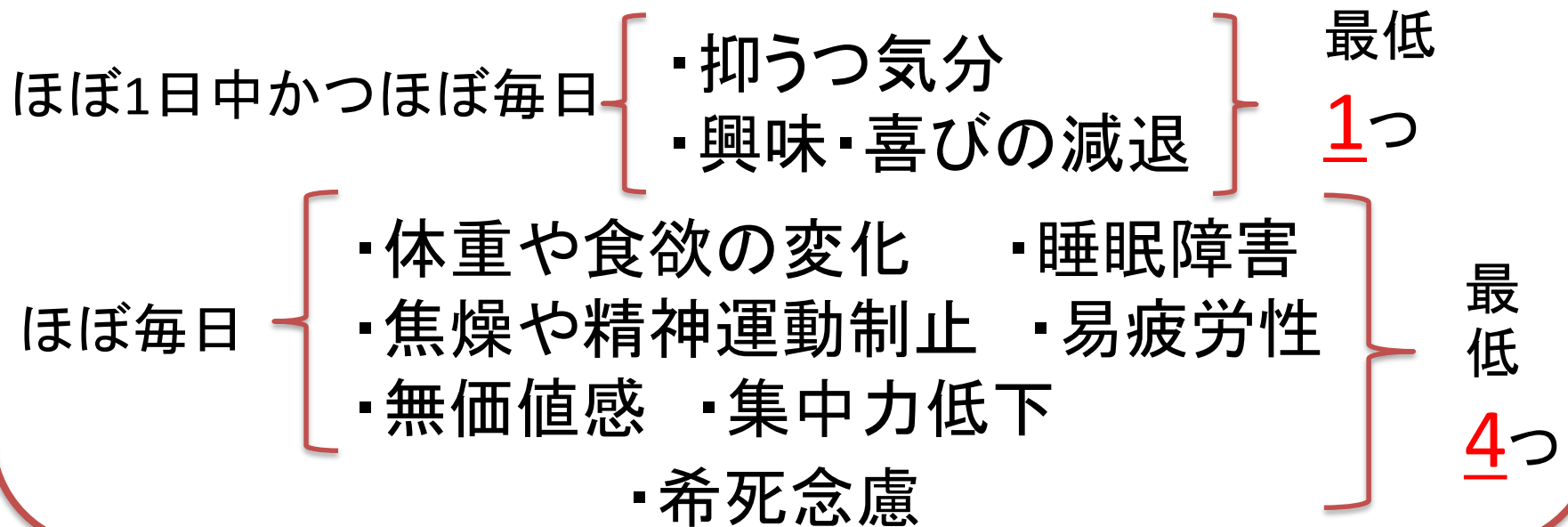
希死念慮



イラスト：日本健康倶楽部HPより抜粋

2.診断:DSM-5を用いて大うつ病を診断

同一の2週間の中で



- * 症状は社会的・職業的に著しい機能障害を引き起こしている
- * 身体疾患や薬物等による症状でない
- * 他の精神疾患では説明できない
- * 躁病/軽躁病episodeの既往がない

* 希死念慮(番外編)

「希死念慮を認めたら」

1. 確認事項

「具体的な手段があるか、計画は立てているか、実際に行動に移したか、幻覚や幻聴がないか、自殺未遂の既往はないか、家族歴はないか」

2. 「自殺しないと約束してくれますか」

この類の質問は実際の臨床では広く使われているが、現時点では確立されたエビデンスはない Up to Date “Suicidal ideation and behavior in adults”

3. 抗うつ剤は下手に処方しない

薬物大量服薬の際、特に三環系抗うつ薬とMAO阻害薬は致死率が高い！ Acta Psychiatr Scand Suppl.1993;371:57-9

基本は、精神科コンサルト＋入院！

3. 重症度評価: PHQ-9

最低 <u>2週間</u> の間に、下記の症状が どれくらいあったか？	全く ない	数日 のみ	2日に 1回	ほぼ 毎日
物事に興味がわかない or 楽しくない	0	1	2	3
落ち込み or 抑うつ or 絶望感がある	0	1	2	3
睡眠障害 or 入眠障害 or 過眠傾向がある	0	1	2	3
疲労感 or やる気がわかない	0	1	2	3
食欲低下 or 過食	0	1	2	3
自分自身のことを悪く思う(自責の念)	0	1	2	3
集中力の低下	0	1	2	3
焦燥感 or 会話や行動が遅くなった	0	1	2	3
死んだ方がマシと思う or 自殺を試みた	0	1	2	3

軽症(5-9点)、中等症(10-14点)。中～重症(15-19点)。重症(>20点)

3. 重症度評価：使い方

実際に4-8週後の治療評価の際に使用！

- 寛解(Remission): 重症度評価で正常範囲
(PHQ-9では5点未満)になること
- 反応(Response): 最初の重症度評価と比べ
50%以上改善すること

Up to Date: “Unipolar major depression in adults”

→ 値次第で薬剤変更や精神科コンサルトを考える

(注) 実際の外来では時間短縮のため、PHQ-9の日本語版を予めプリントして渡し、患者さん自身に点数をつけてもらうことも多いです。

4. 初期治療：種類

	併用療法	薬物療法	心理療法
特徴	薬物療法 ＋ 心理療法	SSRI・SNRI 非定型抗鬱剤,etc	認知行動療法 対人関係療法,etc
メリット	一番有効！	プライマリケア医 でも行える！	治療中止後も 効果が持続↑
デメリット	プライマリケア医 は行いにくい	治療中止後に、 再発の可能性↑	プライマリケア医 は行いにくい

- ・併用療法が最も成績が良い (J Clin Psychiatry. 2009 Sep;70(9):1219-29)
- ・軽症から中等症の場合は、薬物療法か心理療法単独も十分に代替手段になりうる (Lancet. 2012 Mar 17;379(9820):1045-55.)
- ・薬物療法と心理療法に優劣なし！ (J Clin Psychiatry.2008 Nov;69(11):1675-85)

4. 初期治療：選び方

まとめると...

1. 患者が心理療法を望む場合・重症のうつ病の場合
→ 精神科コンサルト
2. 患者が薬物療法のみを希望
→ プライマリケア医師でも診れる

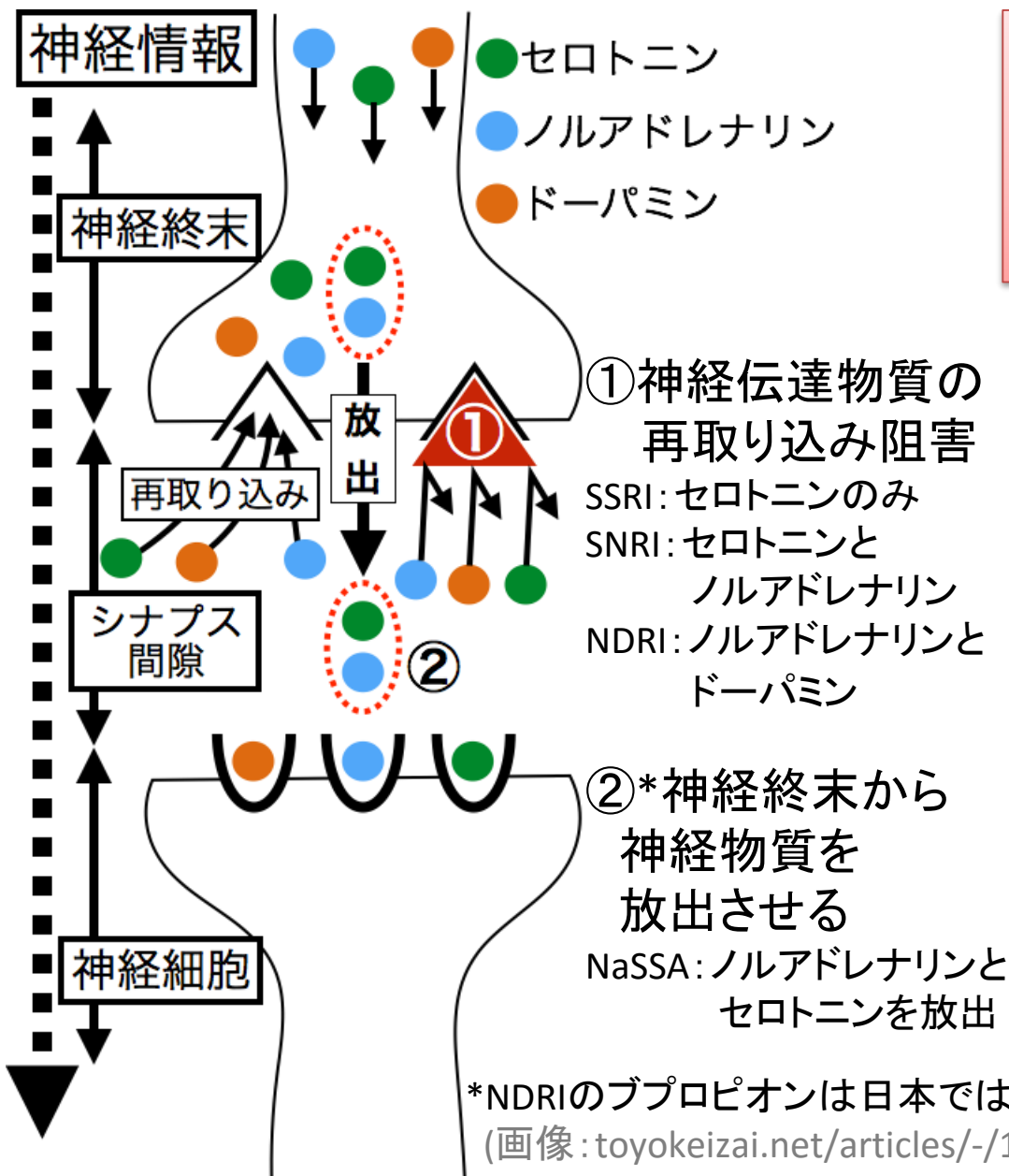
実際に薬物療法のみならば、精神科医が処方した群と
プライマリケア医が処方した群を比べても、寛解率に差が
なかった(STARD研究)

J Gen Intern Med. 2008 Jun;23(6):768-74



Q. 初期治療にはどの薬を使うのがいいか？

4. 初期治療：薬物療法 機序



作用機序：
神経伝達物質をシナプス
間隙で増やす！

初期治療薬

1. SSRI・SNRI・NDRI・NaSSA等
の第二世代抗うつ薬が
第一選択！

(三環型抗うつ薬やMAO阻害薬はセカンドライン)
J Psychopharmacol.2015 May;29(5):459-525

2. 第二世代の中で、どれが
優れているかは未だ不明

Ann Intern Med.2011 Dec;155(11):772-85

*NDRIのブプロピオンは日本では未承認
(画像:toyokeizai.net/articles/-/1654を改変)

4.初期治療：薬物療法 参考例

【副作用・併存疾患・薬剤相互作用】などを参考に薬剤選択を行う！

種類	薬剤名® (一般名)	Merit		Demerit		初期 投与量 (mg)	維持 投与量 (mg)
SSRI	ジェイゾロフト® (Sertraline)	<u>世界中で 広く使わ れ、よく研 究されて いる</u>	最も処方 されているSSRI	性機 能障 害 SIADH	軟便 下痢	50	50～ 200
	レクサプロ® (Escitalopram)		薬物相互 作用が 少ない		用量 依存性 QT延長	10	10～ 20
SNRI	サインバルタ® (Duloxetine)	神経因性疼痛に効く		嘔気・肝障害 SIADH(高血圧)		30	60～ 120
NaSSA	リフレックス® (Mirtazapine)	性機能障害が少ない		食欲・体重増加 口渴感・眠気		15	15～ 45

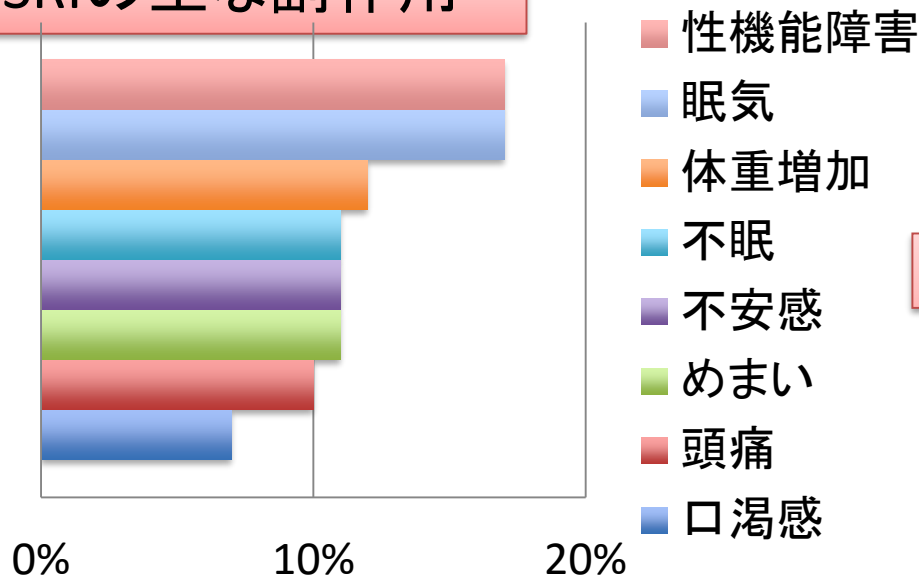
4. 初期治療：薬物療法2

SSRI内服開始時の説明が重要！

- ①「心の病」ではなく、脳神経伝達物質のバランス障害に基づく「疾患」であることを伝える
- ②薬剤の効果発現までに時間が掛かることを伝える
- ③副作用（後述）について予め話し、不安感、頭痛、腹部違和感などの副作用は基本的に1週間程で消失しうることを伝える
- ④可能な限り自己中断しないことを推奨する

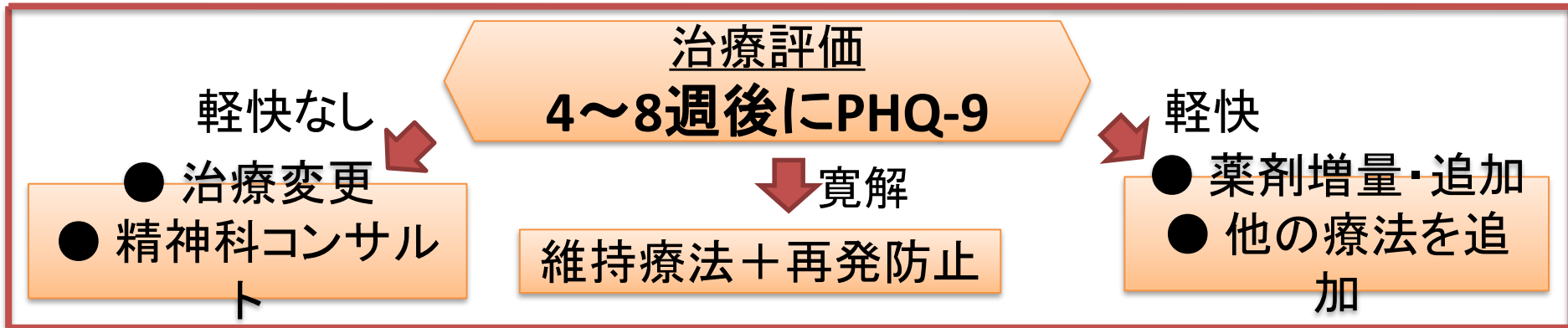
SSRIの主な副作用

副作用



副作用については
処方時に予め患者に
詳細に伝えないと
副作用発現に伴う
自己内服中止、更には
中断症候群の誘発（後述）
に繋がってしまう！

5. 治療評価



薬が効き始めるのは1週間以内で、
PHQ-9が20%以上改善するには2週間(約13日)かかる

J Clin Psychiatry. 2009 Mar;70(3):344-53

治療評価判定は約4～8週で行うが、
具体的な「軽快」の定義はない

1回目の治療で、寛解(PHQ-9 5点未満)に至る確率 **30%**

J Clin Psychiatry.2010;71 Suppl1:16-20

【寛解に至らなかった場合】
薬剤増量、薬剤種類の変更or追加、精神科コンサルト

5. 治療評価

薬剤の中止

抗うつ薬の中止は、完全に寛解してから**最低6～9か月**

J Psychopharmacol.2015 May;29(5):459-52

中止の際は中断症候群予防のため、

2～4週以上かけて中止する

J Clin Psychiatry.2006;67 Suppl 4:27-30

*** 中断症候群**: 突然の抗うつ薬の中止で起こる。
めまい・倦怠感・頭痛・嘔気や交感神経刺激症状が起きる。

精神科コンサルトのタイミング

1. 希死念慮がある
2. 他の精神疾患を合併
3. 患者が心理療法を希望
4. 治療が奏功しない
5. その他、診療に困った時は
速やかにコンサルトを！

Take Home Message

- うつ病の患者は**身体症状を主訴**にやってくる！
- 医学的に説明のつかない身体症状や、頻回受診の際は**2質問法**を行う！
- 疑わしければ、**希死念慮は必ず聞く**！
- 重症度評価・治療効果判定には**PHQ-9**を使う！
- 「1.軽症～中等症 + 2.薬物療法のための希望」ならば、**プライマリケア医だけでも治療できる**！！
- 薬物療法の初期投与では**第二世代抗うつ薬**を処方！
- 治療4～8週後に評価判定を行い、必要であれば**精神科コンサルトを躊躇わない**！